

**重要資訊**

員工與業主：限用本表格來拒絕團體健康保險。限用本表格來拒絕團體健康保險。

僱主：請務必填寫保險公司名稱欄位，以免延誤處理進度。如果您想終止某位投保人或會員的保險，請使用「Subscriber Termination and Transfer」申請表。如果您想終止某位投保人的保險，請使用「投保人終止保險/轉換保險申請表」(Subscriber Termination/Transfer Form)。

**1 公司資訊**

公司名稱	團體會員卡 (若有)
------	------------

**2 拒絕理由**

本人自願在本次選擇不為自己入保Kaiser Permanente計劃。本人瞭解，本人必須等到下次年度開放入保期或下次合格事件發生後才有機會入保。拒絕理由及保險公司名稱會影響參加要求。

只有團體保險才能計入參加要求。拒絕理由（請勾選一項）：

本人透過本人的配偶 / 同居伴侶 / 父母享有由其他僱主提供的保險。

- 本人享有由上列僱主或本人工作的其他僱主提供的其他保險。
- 本人享有由僱主提供的其他保健計劃。
- 本人享有由本人受雇的其他僱主提供的保險。
- 本人享有透過失保僱員健康保險或加州失保僱員健康保險提供的團體保險。
- 本人享有個人保健計劃的保險。
- 其他拒絕理由：
- 目前沒有興趣入保。

**3 請在閱讀後簽字**

您將僅能在僱主規定的年度開放入保期入保或變更保險，或者如您發生合格事件，則可在特殊入保期入保或變更保險。您將僅能在僱主規定的年度開放入保期入保或變更保險，或者如您發生合格事件，則可在特殊入保期入保或變更保險。您必須在合格事件發生後的60天內申請保險。特殊入保合格事件包括：

- 您的工作時數增加，使您符合醫療計劃的入保資格規定
- 銷假返回上班
- 非自願性終止保險或喪失其他團體保險
- 受撫養人喪失其他保險
- 結婚或新增同居伴侶
- 生產、領養孩子或接受領養安置
- 法庭命令
- 配偶、同居伴侶或受撫養人死亡

員工姓名（請以正楷填寫）

簽名 否	日期
---------	----